

langer de vraag in hoeverre iemand krachtens zijn persoonlijkheid opgewassen is tegen de eisen des levens, maar hoe iemand concreet omgaat met deze eisen. Wat voor strategieën ontwikkelt hij of zij om problemen het hoofd te bieden? Ontwijken of dwarsliggen, klagen of zich groothouden, bagatelliseren of opblazen? Het gaat ons om de zg. coping-style van de patiënt. De diagnostische vraag verschuift van „hoe zit de patiënt psychisch in elkaar” naar „wat doet patiënt in een omschreven situatie”. Ongeacht de theoretische vraag of het coping-gedrag als afgeleide van de persoonlijkheidsstructuur begrepen moet worden, liggen de kansen voor behandeling in deze optiek wezenlijk gunstiger. Gedrag leent zich immers veel eerder voor verandering dan persoonlijkheidsstructuur.

Het ware dan ook te verkiezen geweest als Huygen et al. in plaats van de ABV een vragenlijst hadden gebruikt zoals de Utrechtse copinglijst die zeven factorieel onderscheiden copingschalen biedt. Buitendien is het beloop van NF-klachten door de auteurs maar ten dele opgehelderd. Huygen et al. meten dit beloop aan de hand van medische consultaties. Wij vinden het echter nogal voorbarig om uit het wegblijven van de patiënt tot het verdwijnen van diens klachten te besluiten. Zo schreef Van 't Laar een groep voormalige patiënten met functionele buikklachten zes jaar na consultatie van de internistische polikliniek aan.³ Uit de geretourneerde vragenlijst bleek 62% van deze patiënten nog dezelfde klachten te hebben als waarmee zij zich eertijds hadden aangemeld. Kortom: het is niet onaanneemelijk dat het beloop van NF-klachten er minder gunstig uitziet dan de auteurs uit hun statistieken menen te kunnen aflezen.

LITERATUUR

- ¹ Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Logt ATH van de, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1321-7 en 1372-7.
- ² Schreurs P, Tellegen B, Willige G van de. Gezondheid, stress en coping: ontwikkeling van de Utrechtse copinglijst. Gedrag 1984; 12: 101-17.
- ³ Laar A van 't. Functionele buikklachten - 6 jaar later. In: Cluyssenaer O, Thyse O ten, red. Functionele buikklachten. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

Nijmegen, november 1984

K.P.M. VAN SPAENDONCK
H.J. CHR. BERGER

De reactie van Van Spaendonck en Berger betreft drie punten, die wij achtereenvolgens willen beantwoorden.

1. De ABV zou geen geschikt criterium zijn voor de belastbaarheid van NF-patiënten.

Antwoord: De NS-schaal van de ABV meet inderdaad het aantal neurosomatische klachten. Dat patiënten met NF-klachten hierop hoog scoren is dus niet verwonderlijk. Toch vinden wij deze uitkomst niet irrelevant. Wij zien deze echter meer als een validering van de subjectieve diagnostische beoordeling van de huisarts dan als een tautologie. Belangwekkender achten wij de bevinding dat NF-patiënten hoog scoren op de N-schaal, dus opvallend vaak psychische klachten hebben als piekeren, prikkelbaarheid, onzekerheid, bezorgdheid, rusteloosheid e.d. Dit wijst ons inziens wel degelijk op een geringere psychische spankracht. Uiteraard realiseren wij ons dat hiermee bepaald geen compleet beeld van de persoonlijkheid is verkregen. Van veel grotere betekenis achten wij echter onze bevinding dat NF-patiënten aangeven niet méér aan allerlei stress veroorzakende gebeurtenissen of omstandigheden blootgesteld te zijn dan niet-NF-patiënten. Juist deze combinatie van bevindingen bracht ons ertoe de waarde van de in de (medische) praktijk gangbare belastingsanamnese twijfelachtig te noemen.

2. De behandeling van NF-patiënten is meer gediend met kennis van de zg. coping-style dan van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, daar gedragsverandering meer perspectief biedt.

Antwoord: Kennis van iemands persoonlijkheidsstructuur of N-score op de ABV geeft inderdaad nauwelijks therapeutische aangrijpingspunten. Wij pleiten dan ook allerm minst voor het gebruik van de ABV als diagnosticum in de huisartsenpraktijk. In ons tweede artikel zijn wij ingegaan op de therapeutische aspecten en hebben we benadrukt dat een circulair causaal denkkader meer perspectieven biedt, d.w.z. dat niet alleen de oorzaken maar ook de gevolgen van belang zijn. De wijze waarop de patiënt en zijn of haar omgeving met de klachten omgaan lijkt ook ons meer toegankelijk voor beïnvloeding.

3. Meting van het beloop van NF-klachten aan de hand van medische consultatie kan bedrieglijk zijn.

Antwoord: Hiermede zijn wij het geheel eens. Het niet meer presenteren van klachten betekent niet dat ze zijn „genezen”. Dit neemt niet weg dat het al of niet invoeren van hulp voor klachten in de dagelijkse medische praktijk een zeer belangrijk criterium is, waarop in feite vrijwel het gehele gebouw van onze gezondheidszorg berust. Wij achten het waarschijnlijk dat NF-patiënten op een gegeven moment ontdekken dat de geneeskunde voor hen weinig heeft te bieden en dat zij daarom ophouden met spreekuren van de huisarts te frequenteren. Belangrijker dan de vraag of de NF-klachten zijn „genezen”, achten wij de vraag of de patiënten hiermede hebben leren leven. Dit laatste lijkt ons de belangrijkste doelstelling van de hulpverlening.

Nijmegen, november 1984

F.J.A. HUYGEN
H.J.M. VAN DEN HOOGEN
A.TH. VAN DE LOGT
A.J.A. SMITS

Acetosal en het hart

Collega Verheugt besluit het eerste gedeelte van zijn artikel (1984, blz. 1951) met de conclusie dat noch acetosal noch een ander antitrombotisch middel infarct-recidief en -sterfte doet dalen in het eerste jaar na het infarct. Deze conclusie is in flagrante tegenspraak met die van de Society for Clinical trials in 1980 en die van Canner in 1983, die beiden de in dit opzicht relevante zes klinische onderzoeken kritisch hebben beoordeeld en die beiden vaststellen dat acetosal in de secundaire preventie van het hartinfarct werkt.^{1,2} Volgens Canner daalt de sterfte met ongeveer 10% en het aantal recidieven met ongeveer het dubbele; beide percentages zijn statistisch significant.

De resultaten van een onderzoek naar het effect van acetosal bij patiënten met onstabiele angina pectoris vat Verheugt aldus samen:³ patiënten die dit middel na hun eerste klachten gedurende 12 weken gebruikten, kregen 50% minder infarcten waardoor ze ook 50% minder kans hadden te overlijden in het eerste jaar. Op het eerste gezicht een enorme winst dus, ook ten aanzien van prognose quoad vitam. De feiten liggen anders. Ten aanzien van de vermindering van de sterfte is er slechts een trend (voor de basiskarakteristieken gecorrigeerde p-waarde = 0,06), geheel in overeenstemming met de geobserveerde lage sterfte aan infarcten van 0,9% in de placebogroep en 0,2% in de acetylsalicylzuur (Aspirine) groep). De opvallend lage sterfte wijst er overigens op dat een creatinefosfokinase-MB-spiegel van ≥ 2 IU/l, zoals die vermoedelijk voor een groot gedeelte van de patiënten als enig diagnostisch

criterium is gebruikt, ook hele kleine infarcten met een relatief goede prognose als zodanig heeft geclassificeerd.

De plaats van acetosal bij het voorkómen van afsluitingen van veneuze bypasses bepaalt Verheugt aldus: „het dicht-slibben van een venetransplantaat . . . kan worden tegengegaan door acetosal in relatief hoge doses en door dipyridamol”. Het enige dat uit de resultaten van het desbetreffende onderzoek kan worden geconcludeerd, is dat de combinatie van dipyridamol preoperatief en acetosal postoperatief voor een bepaalde patiëntenpopulatie en in een bepaalde setting werkzaam is gebleken.⁴ Niet uitgesloten is dat het resultaat uitsluitend is toe te schrijven aan acetosal. Bij een goede proefopzet zal een thans onder auspiciën van het Inter-Universitair Cardiologisch Instituut voorbereid onderzoek deze vraag hopelijk afdoende kunnen beantwoorden (Lie KI, Meer J van der, Persoonlijke mededeling).

Collega Verheugt besluit, onder verwijzing naar een abstract van een lezing,⁵ met de vaststelling dat acetosal recidiefstenose tegengaat na het geslaagde oprekken van een coronariastenose met behulp van een balloncatheter. Het desbetreffende abstract zegt echter alleen dat acetosal ten minste even effectief (of ineffectief?) lijkt als warfarine. De lezer wordt geheel niet ingelicht over de kwaliteit van de toegepaste orale anticoagulatie.

Acetosal, in een dosering tussen 0,3 en 1,5 gram daags, blijkt weliswaar ook bij coronaria-atherotrombose een zekere antitrombotische werking te ontplooiën, maar gezien de resultaten van Nederlands onderzoek vermoedelijk aanzienlijk zwakker dan een volgens Nederlandse normen en richtlijnen toegepaste orale anticoagulatie.⁶⁻⁸ Een suggestie om vergelijkend onderzoek te doen, zou de Nederlandse situatie recht hebben gedaan en het artikel de nodige heuristische waarde hebben gegeven.

Met belangstelling heb ik de reactie van collega Loeliger op mijn commentaar gelezen. Het artikel werd geschreven naar aanleiding van het grote Veterans Administration (VA)-onderzoek naar de werking van acetosal bij onstabiele angina pectoris, dat 15 maanden geleden werd gepubliceerd.^{1,2} Er is nog altijd geen aanwijzing dat acetosal morbiditeit en mortaliteit na het hartinfarct gunstig beïnvloedt. De door schrijver aangehaalde Editorials betreffen observaties van gepoolde onderzoeken met acetosal na het myocardinfarct. Niets is gevaarlijker dan het poolen van niet-identiek opgezet onderzoek en daaraan conclusies te verbinden.

Het effect op de sterfte bij onstabiele angina pectoris in het voornoemde VA-onderzoek is indrukwekkend. Na 3 maanden is het verschil nog inderdaad niet significant ($p = 0,054$), maar na 12 maanden wel degelijk ($p = 0,008$). Dit is verklaarbaar doordat de placebogroep meer patiënten met een infarct bevatte die dus ook na het staken van de acetosal een grotere kans hadden op overlijden.

Bij het Mayo Clinic-onderzoek naar de invloed op plaatjesremmers bij patiënten met een bypass-operatie is het goed mogelijk dat acetosal alléén ook doeltreffend had kunnen zijn.² Dat dit inderdaad het geval is, werd onlangs bevestigd door onderzoek in München,³ waar de effectiviteit van slechts 100 mg acetosal, direct postoperatief begonnen, op het open blijven van grafts werd bewezen. Dus, lage dosis acetosal als monotherapie, lijkt doeltreffend in het open houden van veneuze bypasses.

Bij de reactie van schrijver op de resultaten van acetosal bij coronaire angioplastiek is inderdaad niet gemeld dat acetosal werd gespiegeld aan warfarine en niet aan placebo. Het zou bevreemdend zijn als warfarine slechter zou werken dan placebo bij deze patiënten. De inhoud van het abstract had ik reeds vernomen in de Verenigde Staten en inmiddels is het werk ook in artikelvorm verschenen.⁴ Hierin staat evenwel duidelijk vermeld dat acetosal superieur is aan cumarine, zij het bij patiënten met een anamnese van angina pectoris langer dan 6 maanden.

Al met al blijft mijn conclusie – ook 1 jaar na het schrijven van het artikel – dat acetosal vooral werkt in de preventie van arteriële trombose en niet als deze eenmaal heeft plaatsgehad, en ik meen dat Loeligers reactie hieraan niets afdoet.

LITERATUUR

- 1 Editorial. Aspirin after myocardial infarction. *Lancet* 1980; i: 1172-3.
- 2 Canner PL. Aspirin in coronary heart disease. Comparison of six clinical trials. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 413-23.
- 3 Lewis HD, Davis JW, Archibald DG, et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina. Results of a veterans administration cooperative study. *N Engl J Med* 1983; 309: 396-403.
- 4 Chesebro JH, Fuster V, Elveback LR, et al. Effect of dipyridamole and aspirin on late vein-graft patency after coronary bypass operations. *N Engl J Med* 1984; 310: 209-14.
- 5 Thornton MA, Gruentzig AR, Hollman J. Coumarin or aspirin after coronary angioplasty? *J Am Coll Cardiol* 1983; 1: 725.
- 6 Sixty Plus Reinfarction Study Research Group. A double-blind trial to assess long-term oral anticoagulant therapy in elderly patients after myocardial infarction. *Lancet* 1980; ii: 989-94.
- 7 Sixty Plus Reinfarction Study Research Group. Risks of long-term oral anticoagulant therapy in elderly patients after myocardial infarction. *Lancet* 1982; i: 64-8.
- 8 Lubsen J. Orale anticoagulantia na bypass-chirurgie. *Trombnibus* 1984; 12: 6-7.

LITERATUUR

- 1 Lewis HD, Davis JW, Archibald DG, et al. Protective effects of aspirin against myocardial infarction and death in men with unstable angina. *N Engl J Med* 1983; 309: 396-403.
- 2 Chesebro JH, Fuster V, Elveback LR, et al. Effect of dipyridamole and aspirin on late vein-graft patency after coronary bypass operations. *N Engl J Med* 1984; 310: 209-14.
- 3 Lorenz RL, Weber M, Kotzur J, et al. Improved aortocoronary bypass patency by low-dose aspirin (100 mg daily). *Lancet* 1984; i: 1261-4.
- 4 Thornton MA, Gruentzig AR, Hollman J, et al. Coumarin and aspirin in prevention of recurrence after transluminal coronary angioplasty: a randomized study. *Circulation* 1984; 69: 721-7.

Leiden, oktober 1984

E.A. LOELIGER

Amsterdam, november 1984

F.W.A. VERHEUGT